

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.
Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



Urgencia de interpelar a los decisores de políticas de integración desde el derecho integral a la salud

Jaime Breilh

8 de julio de 2015

Ponencia presentada en: Mesa redonda Políticas regionales en salud: la incursión de UNASUR en la diplomacia en salud, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito, julio 8 de 2015.

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR – SEDE ECUADOR
UNIVERSIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS – INSTITUTO SOBRE ESTUDIOS
COMPARATIVOS DE LA INTEGRACIÓN REGIONAL
INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – UNASUR
PROYECTO DE INTEGRACIÓN REGIONAL Y REDUCCIÓN DE LA POBREZA –
RePIR

Mesa redonda: “Políticas regionales en salud: la incursión de UNASUR en la diplomacia en salud”

URGENCIA DE INTERPELAR A LOS DECISORES DE POLÍTICAS DE
INTEGRACIÓN DESDE EL DERECHO INTEGRAL A LA SALUD¹

Jaime Breilh, Md. MSc. PhD.²

1. Repensar la integración: desafíos centrales y sentido profundo

Al mirar desde una perspectiva del derecho a la salud la experiencia de los diez y seis principales modelos de integración³ se establecen puntos interesantes y potencialidades, pero igualmente se constatan limitaciones preocupantes.

Los ejes de la mayoría de tales acuerdos giran básicamente alrededor de la preocupación de los gobiernos y empresas por problemas tales como: los problemas de acceso al mercado; los tratos comerciales compensatorios a naciones más favorecidas; los acuerdos de comercio agrícolas y textiles; los temas de comercio de servicios; los acuerdos de propiedad intelectual; y los que atañen a compras estatales.

En esa problemática las acciones de protección se refieren esencialmente a las de regulación comercial, propiedad y compras públicas. Se establecen así mismo como líneas de acción preeminentes las de regulación de anomalías en los precios (“anti-dumping”), las salvaguardias protectoras, las medidas sanitarias y fitosanitarias ligadas al comercio; los temas de ambiente y obstáculos técnicos al comercio.

Si analizamos los textos rectores de tales acuerdos, se constata además que la lógica y preocupación que predomina está supeditada al estímulo del crecimiento productivo, a la expansión de mercados y la protección de inversiones.

Es cierto que en esa lógica los gobiernos insertaron también algunas medidas básicas de protección y compensación mutua, buscando efectos favorables para la equidad y medidas de protección de la seguridad alimentaria y ambiental. De todas maneras preocupa a quienes analizamos el papel de los acuerdos de integración

¹ Ponencia ante mesa redonda realizada en el Salón de honor de la Universidad Andina Simón Bolívar, Quito; julio 8 del 2015

² Jaime Breilh, Md. Msc. PhD.; Director del Área de Salud de la UASB-SE; breilhjaime@gmail.com

³ Mercado Común Centroamericano (MCCA); Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI); Comunidad Andina de Naciones (CAN); Grupo de los Tres (Colombia, México y Venezuela); Comunidad del Caribe (CARICOM); Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR); Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC); Unión Europea (UE); Asociación de naciones del Sudeste Asiático (ASEAN); Asian-Pacific Economic Cooperation (APEC); Grupo de los 8 (G8); Grupos de los 20 (G20); Tratado de Libre Comercio del Norte (TLCAN); African Union; y la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América - Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA).

para el desarrollo sustentable -la protección integral de la vida y salud y de los ecosistemas-, que los acuerdos no han fortalecido los mecanismos para enfrentar las asimetrías entre países que generan y reproducen inequidad, ni tampoco los problemas que resultan de la aplicación regional sesgada u oportunista de principios como los de armonización y equivalencia; no pensados en el sentido de complementarnos todos para homogenizar procesos saludables, sino en el de reafirmar obstáculos que benefician ciertas conveniencias.

Los estudios sobre las medidas sanitarias o fitosanitarias del reciente acuerdo de asociación entre Colombia y la Unión Europea, por ejemplo, demuestran las falencias y obstáculos del proceso asociativo y la imposición de las conveniencias del más fuerte; con lo cual se observa que el proceso sirve más para usar las medidas para imposición de intereses, obstaculizando la comercialización de bienes agrícolas de los países menores o para manejar a conveniencia de los más fuertes los criterios de armonización y equivalencia, antes que para crear un verdadero y equitativo sistema de protección humana y natural.⁴

La lógica antropocéntrica y la focalización en lo económico de este tipo de normativas han desplazado una real creación de un sistema de compensaciones e incentivos que obliguen a una construcción internacional de modos de producir y de comerciar sustentables, soberanos, solidarios y saludables que los revisaremos luego.

La armonización bilateral de normas o su equivalencia terminan reproduciendo relaciones de inequidad, y limitada protección. Las regulaciones de propiedad intelectual terminan reproduciendo dependencia tecnológica y pérdida de soberanía. Los acuerdos sobre compras públicas y la creación de organismos de arbitraje internacional terminan sobreprotegiendo inversiones y reproduciendo la indefensión, sobretodo de los más débiles.

Y si estas tendencias fueron posibles en las décadas anteriores, los problemas se han recrudecido a partir de la era de aceleración de la acumulación de capitales, que tuvo en América Latina su primera oleada en el periodo comprendido de fines de los 80 hasta comienzos de este siglo, y que ahora, recobra nuevos bríos con la crisis de la llamada “gobernanza” de los gobiernos “progresistas” en años más recientes. Realidad actual que desborda aún más los límites de esas medidas de integración que hemos comentado, debido a la confluencia de varios procesos que conllevan un grave y tal vez irreversible peligro para las políticas de salud internacionales.

En primer lugar está el *crecimiento exponencial y de carácter monopolístico de las grandes corporaciones* que inciden en los espacios de integración, mediante la aceleración de mecanismos de acumulación de capital que provocan efectos devastadores en las formas de vida sobre el planeta. Es el caso, por ejemplo, de las grandes empresas de la agroindustria que, en el balance final, más que sufrir un control y regulaciones disuasivas bajo los regímenes de comercio internacional, terminan beneficiándose, por que, como lo explica Bartra, los grandes capitales recurren a todas las formas de mercantilización y despojo de la naturaleza para multiplicar la renta agrícola -la “renta de la vida” como la llama el investigador mexicano-, y para cerrar espacios a los sistemas agroecológicos que realizan los pequeños y medianos productores de la agricultura de escala local, destruyendo su

⁴ *Armonización* como identidad de normas y *equivalencia* como semejanza de las mismas (Espinoza Andrés, 2013. Análisis del Acuerdo de Asociación entre Colombia y la Unión Europea: agricultura y medidas sanitarias y fitosanitarias. Santiago: CEPAL. Serie Estudios y Perspectivas)

competitividad. La acción de estas mega-industrias y los *gap* crecientes de la renta diferencial que se generan en un mundo de creciente escasez -ya no sólo de la tierra sino de los bienes naturales como el agua y el genoma-, no es que contribuyan a abaratar los precios de los alimentos y garantizar su beneficiosa distribución en los espacios de nuestra región, lo que sucede es que, el sistema permite la subsistencia de los pequeños productores, para que en medio de la escasez, éstos costos mayores de las pequeñas unidades de menor rendimiento se impongan como reguladores del mercado y como rasero para el sobrepago a productores que operan en mejores condiciones y tienen mayor capacidad para abastecer el mercado con productos que las normas califican.⁵

A más de dicho crecimiento exponencial de las empresas de gran escala, el segundo gran proceso crítico que amenaza y distorsiona las intenciones del decálogo de la integración regional como instrumento de desarrollo saludable es la *apabullante privatización de la gestión/cooperación internacional en salud*. No hay espacio en esta breve ponencia para poner en evidencia la magnitud y pormenores de este problema, sólo caben citarse las tendencias más preocupantes.

En el siglo XXI, que es la era de la máxima aceleración de la acumulación de capitales en la que estamos debatiendo sobre integración regional, atestiguamos como la privatización da un golpe de timón en los modos y condiciones del control de la negociación global entre los países. Un fenómeno basado en dos mecanismos que provocan impactos en la protección humana.

En primer lugar está el *cambio del mecanismo de negociación basado en los gobiernos* –aunque sea bajo presiones colaterales de las corporaciones-, a *una negociación centrada directamente en las corporaciones*, sin pasar en serio por los debates de los representantes gubernamentales de los países. Así, antes los llamados tratados de libre comercio, los famosos TLC, ya de por sí agresivos, cuyo caso emblemático que supera dos décadas de nefasta existencia es el TLCAN (EUA, Canadá y México), fueron conducidos por los expertos y autoridades públicas de los países involucrados –marginando a espacios de presencia apenas simbólica como el llamado “cuarto de a lado” a las organizaciones sociales y bajo presión de los poderosos “lobbying” corporativos-, al menos eran los gobiernos como mandatarios de la soberanía de los países quienes llevaron a efecto las negociaciones. Pero en los años más recientes las corporaciones decidieron dejar a un lado las apariencias y tomaron comando de las negociaciones internacionales en sus propias manos.

Es el caso, por ejemplo del famoso Tratado Transatlántico de Asociación para Comercio (siglas en inglés TTPI, “Transatlantic Trade and Investment Partnership”) que ha causado un estremecimiento no sólo en los escenarios del avance social de América Latina, sino aun en sectores europeos preocupados por su futuro y la amenaza montada sobre sus logros en las regulaciones europeas de protección de su sustentabilidad y soberanía. Incluso la gran prensa europea denuncia los peligros de este asocio corporativo, describiendo el TTIP como un sistema de desmantelamiento de barreras y regulaciones al comercio de las grandes corporaciones mediante: desregulación agresiva de las normas de seguridad de

⁵ Bartra, Armando. 2006. *El capital en su laberinto: de la renta de la tierra a la renta de la vida*. México, D.F.: Universidad Autónoma de la Ciudad de México: Editorial Itaca: CEDRSSA.

alimentos; legislación ambiental, regulaciones bancarias y limitación a la injerencia de los estados soberanos.⁶

Y de ahí derivamos hacia el segundo y complementario proceso que es la *privatización y control corporativo de las decisiones de política internacional en salud*. Al margen de que la investigación histórica demostró hace tiempo los usos estratégicos de la filantropía como herramienta de control y dominación política sobre los pueblos de América Latina, las versiones modernas de la mega-filantropía ponen al descubierto la apropiación privada de la gestión internacional; movimiento que coloca en una situación sumamente frágil no sólo los esfuerzos por construir un modelo de integración distinto, sino que obstaculizan el avanzar hacia una nueva civilización donde realmente pueda florecer una integración por la vida y su diversidad.

En una carta pública reciente de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social titulada “Impidamos la absorción corporativa de la Organización Mundial de la Salud” se afirma que “los fondos de donantes representan el 80% del presupuesto de la OMS.”⁷ No conocemos la precisión de este argumento pero lo que si podemos afirmar es que según la propia OMS⁸ su presupuesto para el período 2012-2013 fue de 3959 millones de USD y que, además, según lo afirma un documento formal del propio Consejo Directivo de la organización el 18% del financiamiento provino de la Fundación Bill y Melinda Gates, es decir 713 millones de USD.⁹

Si realizamos una simple operación de suma de ese monto donado bajo condicionamientos obligatorios de la “Gates Foundation”, lo que es propio de este tipo de “filantropías” con órdenes de gasto predefinidos por el donante, y lo añadimos a los 3635 millones de USD del presupuesto de la Gates Foundation¹⁰, podemos inferir sin temor a equivocarnos que esta mega-fundación prácticamente controla los presupuestos de la gestión internacional en salud y tiene más fondos que la propia OMS.

Si a esta constatación añadimos, evidencias como el caso internacionalmente difundido -a partir de un estudio de Reuters- de que la Organización Panamericana de la Salud en México, recibió para su campaña de combate contra la obesidad infantil donaciones de Coca Cola, Nestle y Unilever, fabricantes de productos de alto contenido de azúcar de consumo masivo, podemos corroborar el hecho de que las políticas públicas internacionales de salud están totalmente hipotecadas a la lógica e intereses de las grandes transnacionales.

Es verdad que UNASUR surgieron como alternativas a las formas hegemónicas de asociación. En la práctica de estas entidades hay una búsqueda por romper los moldes de la vieja integración, centrada en el diálogo de la cúpulas, hacia una

⁶ Susman, Dan, Alex Purcell, Michael Tait, and Mustafa Khalili. 2015. “What Is TTIP? Everything You Need to Know about the ‘Super Sexy’ Trade Acronym.” The Guardian, June 9. http://www.theguardian.com/business/video/2015/jun/09/what-is-ttip-videoexplainer?CMP=share_btn_link.

⁷ ALAMES. 2015. Impidamos la absorción corporativa de la Organización Mundial de la Salud. Documento, Junio 2.

⁸ WHO. Programme Budget 2012-2013. http://whqlibdoc.who.int/pb/2012-2013/PB_2012%E2%80%932013_eng.pdf?ua=1

⁹ Consejo Ejecutivo. 2011. “Financiación de La Organización Mundial de La Salud.” Organización Mundial de la Salud. EBSS/2/INF.DOC./2. http://awho.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_ID2-sp.pdf.

¹⁰ Bill and Melinda Gates Foundation. Annual reports.

integración de procesos dados en las bases y enfocados hacia la construcción de modalidades y agendas de cooperación alternativas y basadas en la construcción de consensos desde abajo y no de líneas verticales presidencialistas. Es este tipo de tendencias las que deben alimentarse y consolidarse.

Cuando en Ecuador discutíamos en el proceso constituyente el papel de los mandatarios del Estado para democratizar la gestión, romper con la conducción vertical del gobierno y oxigenar participativamente la gestión, notábamos la necesidad de superar una postura de rectoría vertical del gobierno y propiciar una conducción público-social del Estado, igualmente al repensar las modalidades de integración tenemos que incorporar al proceso mecanismos público-sociales de debate y construcción.

En esa dirección la fórmula de UNASUR de establecer acuerdos y actuar por consenso es el único camino para asentar una base consistente de conducción integral y aterrizada.

2. LA NECESIDAD DE REDEFINIR Y REDIMENSIONAR LA SALUD PARA PENSAR EN UNA INTEGRACIÓN PARA LA VIDA

El modelo farmo-bio-médico que ha hegemonizado las ciencias de la salud restringe la visión de la salud a un proceso de enfermedad individual y centra la solución en el terreno curativo asistencial. Las políticas de salud, por consiguiente, se reducen a la disponibilización de medicamentos y equipos diagnóstico-terapéuticos; a la prevención etiológica mediante vacunas y, como máximo, al control de los que la epidemiología empírica lineal denomina los “factores de riesgo”.

Este modelo biomédico y esa epidemiología empírica con sus variantes no solo han hegemonizado los conceptos y la enseñanza de la salud, sino las prácticas y políticas y son un obstáculo para la comprensión de la complejidad de la salud, la formulación de políticas integrales y el desarrollo pleno del derecho a la salud.

Desde esa estrecha óptica asistencialista y de prevención focal, no podemos construir un pensamiento integral sobre el papel de las políticas de integración para la salud.

Por fortuna en América Latina, por ejemplo, hay un camino andado importante en dirección de una necesaria mirada integral. El movimiento de medicina social y salud colectiva han generado modelos interpretativos, instrumentos de investigación y herramientas de gestión que nos permiten aportar en una discusión renovada de las tareas de integración.

Uno de tales recursos de los que podemos echar mano para la discusión que nos ocupa en esta breve ponencia, es la *epidemiología crítica*, disciplina que ha transformado la interpretación del origen y dinámica de las condiciones de salud, introduciendo la noción básica de la determinación social de la salud. Por esta vía nuestra universidad, junto con otras del Sur y del Norte, estamos luchando por transformar el pensamiento lineal o unidimensional de la salud tanto en el campo *biológico individual* con el trabajan las disciplinas clínico-asistenciales, como en el campo de la salud colectiva o pública.

Lo dicho es importante porque si queremos descifrar los elementos que deben incorporarse a un debate consistente sobre integración y políticas de salud, debemos superar la idea de que salud no consiste en la ausencia de enfermedad, ni tampoco apenas puede reducirse al limitante enfoque *psico-bio individual* de la salud

como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”, noción eufemística que esconde una interpretación igualmente centrada en lo individual.

Para abarcar la complejidad de la salud es necesario el pensamiento complejo sobre salud como un objeto multidimensional y socialmente determinado. Decimos que es multidimensional porque abarca los procesos más amplios de la totalidad social que definen la lógica y relaciones generales de dicha sociedad; los procesos particulares de los modos de vivir de los grupos constitutivos, caracterizados por patrones típicos de trabajo, consumo, organización, cultura y relación ambiental; y los procesos individuales o estilos de vida personales que se desenvuelven en la vida cotidiana de las personas y sus familias.

En América Latina se construye desde fines de los 70s la propuesta de una teoría de la determinación social de la salud como parte de las tareas para fundar una epidemiología crítica latinoamericana.¹¹ A partir de entonces se avanzó mucho. En el 2005 se propuso desde la OMS la teoría de los “determinantes sociales de la salud”, que lamentablemente distorsiona la tesis nuestra de una determinación social de la salud, dos formas de entender el problema aparentemente equivalentes pero que encierran diferencias e implicaciones de política sustancialmente distintas como se ha explicado en varios libros dedicadas a ese debate.^{12, 13, 14}

Ese dinamismo complejo y concatenado no puede fragmentarse por que entonces la salud pública pierde su capacidad protectora y resolutive integral. Si sólo actuamos sobre los procesos individuales resultantes, estamos orientando la acción hacia el “pico del iceberg”. Comprendido así el movimiento de la salud, entendemos porqué los fenómenos que aparecen en nuestras mentes y cuerpos, como la morbilidad, sólo pueden explicarse y abordarse en el marco de los modos de vivir colectivos, y estos, también deben analizarse en el marco más amplio del movimiento social.

Finalmente, ese movimiento de la reproducción social que hemos esbozado completa integrando el metabolismo o interacción dinámica que la vida social humana desarrolla con la naturaleza y que determina la configuración de los ámbitos ecológicos donde se desarrolla la vida de las colectividades y personas. Por un lado las actividades sociales implican formas de artificialización de los ecosistemas y éstos inciden igualmente sobre la vida humana y la salud.

Pues bien, todo lo dicho nos lleva a definir y dimensionar los espacios y dominios de acción. Lo que interesa a la salud colectiva y específicamente al debate sobre su relación con la integración es que, de ese complejo movimiento derivan procesos que nos protegen, benefician y mejoran, colectiva e individualmente, a los que llamaremos *procesos saludables*, que entran en contradicción con los procesos que

¹¹ Proceso que el autor describe en: Breilh, Jaime. 2014. “Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. (La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública – Salud Colectiva).” In *Huellas de la Determinación soso salud (Memorias de Seminario Inter-universitario)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, p. 19-76

¹² Varios autores. 2011. *¿Determinación Social O Determinantes Sociales de La Salud?*, 1era ed., 45–70. México: ALAMES - Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. <http://www.alames.org/documentos/breilhdss.pdf>.

¹³ CEBES. 2010. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*, Pensar em saúde. Rio de Janeiro: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

¹⁴ Morales Carolina Eslava Juan. 2015. In *Huellas de la Determinación soso salud (Memorias de Seminario Inter-universitario)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

nos hacen más vulnerables, nos dañan y deterioran a los que llamaremos *procesos malsanos*.

La epidemiología crítica ha propuesto una metodología para evaluar los procesos y caracterizarlos como saludables y malsanos que es de enorme utilidad para las reflexiones que aquí formulamos. Para saber si un modelo social, un plan de acción o un sistema de integración inclinan los procesos hacia la lógica de la vida y la salud, o si por el contrario reproducen una lógica destructiva para la vida y la salud humana es que hemos propuesto las 4 "S" de la vida: ser *sustentables*; *soberanos*; *solidarios* y *bioseguros*. Cuando en un espacio social nacional o regional la lógica de los procesos generales (macro), los procesos particulares de los modos de vivir de grupos típicos (meso) y los procesos individuales del estilo de vida en el orden individual (micro) cumplen esas 4 "S" de la vida, entonces se constituyen en espacios y procesos saludables, de lo contrario se constituyen en espacios y procesos malsanos. Un ejercicio sobre los mecanismos de integración nos permitirá discernir sobre cuáles son los puntos álgidos que ameritan una normativa y cláusulas para la armonización de protecciones.

3. La epidemiología crítica, el replanteamiento de los principios de la integración regional y la construcción de modos de vivir saludables

No cabe aquí un análisis amplio y exhaustivo sobre las potencialidades de la salud colectiva y la epidemiología crítica para repensar el papel de la integración regional, por lo cual solamente esbozaremos algunas notas preliminares.

La idea es llamar la atención urgentemente a los tomadores de decisiones, a los académicos y a los expertos de los movimientos sociales sobre la necesidad de un nuevo marco para la integración.

El punto de partida es reconocer que, tal como están redactados y garantizados los acuerdos no pueden constituirse en elementos de una política de salud integral; por el contrario, según todo lo que venimos diciendo, pareciera que resultan parte de los procesos que hemos llamado malsanos pues: no protegen ni estimulan el avance de procesos productivos sustentables; no contribuyen a frenar o desestimular los excesos productivistas; están montados sobre relaciones de poder que destruyen la soberanía de las sociedades más débiles; no contribuyen realmente al desarrollo de relaciones nacionales e internacionales solidarias; y, porque sus articulados son insignificantes o hasta incluso favorables frente a la expansión de procesos bio-inseguros.

Ha sido nuestra insistente proclama en varios congresos y foros mundiales y locales que, sobretudo ahora que hay una ofensiva poderosa de las grandes corporaciones para apropiarse de todos los bienes estratégicos de la humanidad, ahora que se han multiplicado y ampliado los espacios productivos malsanos, ahora que se han consolidado proyectos de hegemonización del comercio mundial; y cuando los propios sistemas de gobierno regional y global son claramente neoliberales o restringidos a una gobernanza funcional a la continuidad de los monopolios, hay que desencadenar una corriente contrahegemónica de integración regional con una claridad sobre la conexión que debe existir entre esta visión renovada de la integración con un paradigma igualmente renovado de salud.

Es urgente construir una gran contraofensiva desde el Sur, desde las colectividades, en un proceso respaldado por el esclarecimiento y contribución de las bases sociales.

La lucha exitosa contra el TLC en décadas anteriores nos demostró la fuerza, viabilidad y efectividad que alcanzan los procesos de reflexión crítica sobre los sistemas de integración y asociación.

Para tal efecto pueden ser muy útiles las herramientas e instrumentos de la salud colectiva y específicamente los de la epidemiología crítica para construir un sistema de incentivos, compensaciones que favorezcan los procesos saludables y creen una cultura de acción afirmativa en los técnicos. Un sistema de monitoreo y certificación de empresas y procesos con estándares claros de espacios saludables.

Revertir la lógica que se ha impuesto desde el modelo hegemónico sobre compras públicas, ilustra también una línea ofensiva que debemos iniciar. En el caso de la integración en el campo de los productos agrícolas, por ejemplo, el replanteamiento de la política de integración de compras públicas puede ser una herramienta vital para favorecer la consolidación de sistemas agro-ecológicos y crear incentivos para los productores grandes o pequeños que trabajan responsablemente y con sentido de equidad nacional e internacional. Esos son los creadores de salud que los acuerdos deben favorecer y proteger.

En el país desde hace varios años el estado ha planteado la necesidad de instaurar una política de soberanía en salud y planteando la integración de la capacidad de producción pública de medicamentos e insumos como recurso para abastecer las necesidades de los gobiernos en sus servicios públicos. Ese tipo de iniciativas unidas a la apertura del Banco del Sur y a una política de manejo soberano, solidario de los fondos de compras públicas puede crear una sólida plataforma para la construcción de salud colectiva, vigencia de la equidad y ampliación de los derechos.

Esperamos que este tipo de interrogaciones, cuestionamientos y propuestas sirvan para despertar en el Sur de América y en sus tomadores de decisiones una política de avanzada que rompa los moldes tecnocráticos y funcionalistas que muchas veces ahogan las mejores intenciones.